

車載用姿勢保持装置 支給意見書・処方箋（支給・修理）

氏 名			年 月 日 生 (歳)
住 所	福岡市 区		電話 ()
障がい名	(級)		
医学的所見	※車載用姿勢保持装置を必要とする所見を具体的に記載してください。		
生活場所	1. 在宅 2. 学校 3. 施設または作業所に通所中（施設名 週 日） 4. 入院 医療機関名 () 退院予定 (年 月頃) ※3ヶ月以内に退院予定がないと支給できません。		
使用状況	1. 使用していない 2. 使用している (前回支給年月日: 年 月) 再支給の理由 : (※下記に必ず記載してください。なお、耐用年数内に再支給を希望する場合、調整可能な部品を使用している場合は修理では対応できない理由を具体的に記載してください。)		
目的・効果	1. 自宅用 2. 学校・通園用 3. 通所・通勤用 ※具体的な内容を記載してください。		
処方等	1. 製作方式 ☐ レディメイド（メーカー名: 、品番: ） ☐ オーダーメイド ※下記にレディメイドで対応できない理由を記載してください。 2. 加算 ☐ 頭部支え ☐ 上肢支え ☐ 座面の軟性内張り 3. 特例付属品が必要な場合は「特例補装具（交付・修理）」に係る意見書を提出してください。		
所 医 療 機 関 名 診 療 科 名	年 月 日 医師氏名		